sfph:s monografiserie nr 1

# Det Psykiska Traumat

## — Om kristeori och krispsykoterapi

Johan Cullberg

**Svenska föreningen för psykisk hälsovård**

# Traumat

Johan Cullberg

Förf. är docent i psykiatri, samt f. n. överläkare på
Boo psykiatriska mottagning, Långbro sjukhus

3:je upplagan

KUNGL. BOKTR. STOCKHOLM 1974

Det är svårt att finna en entydig definition på begreppet psykisk kris.

Uttrycket innesluter både ett yttre skeende och en inre tolkning av skeendet samt slutligen en reaktion på denna tolkning.

Vad som så hänförs till "normalreaktioner", till "neurotiska" reaktioner eller till "krisreaktioner" är ofta en fråga om godtycke och om vad den enskilde iakttagaren och uttolkaren ser bäst eller mest.

Icke desto mindre är beteckningen "krisreaktion" viktig därför att den fäster uppmärksamheten vid en möjlighet till psykoterapi som inte alltid behöver kräva lika mycket utbildning och teoretiskt kunnande som exempelvis neurosbehandling.

*

Psykiska kriser är något som vi alla kan förmodas råka in i — den som aldrig gör det är snarast att beklaga. Det är också en situation där vi alla borde ha rätt till hjälp — hjälp att lyssna ut våra egna lösningskapaciteter, att inte springa ifrån den ibland smärtsamma självdefiniering som situationen ofta innehåller.

### *Definition*

Låt oss här praktiskt definiera "psykisk kris" som individens psykiska situation vid den *yttre händelse,* som är av den arten eller graden att hans *fysiska existens, sociala identitet och trygghet* eller *basala tillfredsställelsemöjligheter* i tillvaron *hotas.*

I detta krisbegrepp räknas således ej in de s k utvecklings- eller mognadskriser som inte i lika hög grad är bestämda av yttre skeenden.

En psykisk kris kan betraktas ur fyra intimt sammanhängande aspekter:

1. Den yttre reala händelsen.
2. Händelsens psykiska representation inom individen, dvs. de specifika, ofta omedvetna, associationer som den väcker.
3. Individens iakttagbara reaktioner.
4. Andra individers interaktioner med den krisdrabbade.

En analys av kriser eller terapi med en människa i kris måste ta alla dessa fyra moment med i beräkningen.

Man brukar inom psykiatrin ofta litet slarvigt definiera *"psykiska traumata"* endast enligt punkt 1. Om denna händelse är till det yttre obetydlig, eller rent av inte kan förstås av iakttagaren säger man ofta att symtomet är "endogent". Man glömmer då den helt avgörande andra punkten, vilken uttrycker det inom psykoanalysen så välkända fenomenet, att det viktiga för den enskilde är hur händelsen *förstås, tolkas, upplevs*. Jämför exempelvis de specifika associationer ett missfall i tredje månaden kan väcka hos en kvinna med stark tvekan om sin egen kvinnlighet, respektive hos en sexuellt sett trygg kvinna. Båda kan ha haft en ytligt sett lika god social anpassning före traumat.

Eftersom dessa inre psykiska representationer ofta är omedvetna, ökar givetvis kunskaper om psykoanalytisk teori möjligheterna för en terapeut att förstå en krisreaktion.

Punkt 2 kan grovt sägas uttrycka en neurospotential, *en benägenhet för överdeterminering* och bristfällig förmåga till logiskt rationellt tänkande. Detta går ofta parallellt med en dålig kroppsupplevelse och oklar definition av "inner- och ytervärld".

Om denna benägenhet för överdeterminering är stark kommer yttre skeenden att få starkt individuella innebörder och utan att individen ger sig tillfälle att reflektera över alternativa betraktelsesätt. Denna personliga tolkning av händelser kan då innebära ständiga psykiska kast och emotionella stormar. Ju mer neurotisk en individ är, desto mindre är den yttre händelsens reala betydelse av vikt för förståelsen av hans upp-

levelser, medan däremot kunskapen om den förskjutna, inre, övcrdeterminerade, betydelsen är desto viktigare. För att vi skall tala om en kris måste således traumat vara av ”onormal” art. Om det yttre traumat är obctydligt, enligt ovanstående definition, liksom om individens reaktionssätt är av vanemässig natur, är det inte längre meningsfullt att tala om krisreaktion.

Det enligt punkt 3 iakttagbara *beteendet* och *reaktionen* är populärt närmast det man kallar för krisreaktionen på det yttre traumat. Detta i analogi med fysiologins ospecifika stressreaktion på en yttre stressor.

Liksom stressreaktionen följer ett visst mönster som har adaptivt innehåll har man även iakttagit att krisreaktioner med fördel kan skildras i olika faser. Denna fasindelning (som närmare skall behandlas senare), betonar det bundna och ”lagmässiga” i dessa situationer och den ger oss möjlighet att för oss själva i viss mån förstå den drabbades aktuella status. Framför allt har den ett värde i oeh med att ett proeess- och utvecklingstänkande aktualiseras.

*Erikson* (1954) och andra har skildrat ett annat krisbegrepp som antyddes ovan: *utvecklings-* eller *mognadskriser.* Dessa innebär att det i individens normala utveekling uppstår påfrestningar som är betingade av åldersspecifika situationer, som vederbörande måste klara. Internationell krislitteratur brukar ofta föra samman den traumatiska krisen och mognadskrisen. Då det psykoterapeutiska handläggandet ofta kräver myekct mera kunnande vad gäller utveeklings- och mognadskriser finns det doek anledning att behandla dessa separat.

Mognadskriser uppstår normalt i varje människas liv och deras utveekling kommer för det mesta smygande. De yttre händelserna har ofta underordnad betydelse. De som drabbas av ålders- och statusspecifika ”normalkriser” vill ofta bortse från den totala livssituationen och istället få en sjukdomsdiagnos: ”Pubertetsreaktion”, ”amningsdepression”, ”manligt klimakterium”, ”cndogen depression”, ”lågt blodtryek” är vanliga diagnoser vid sådana situationer.

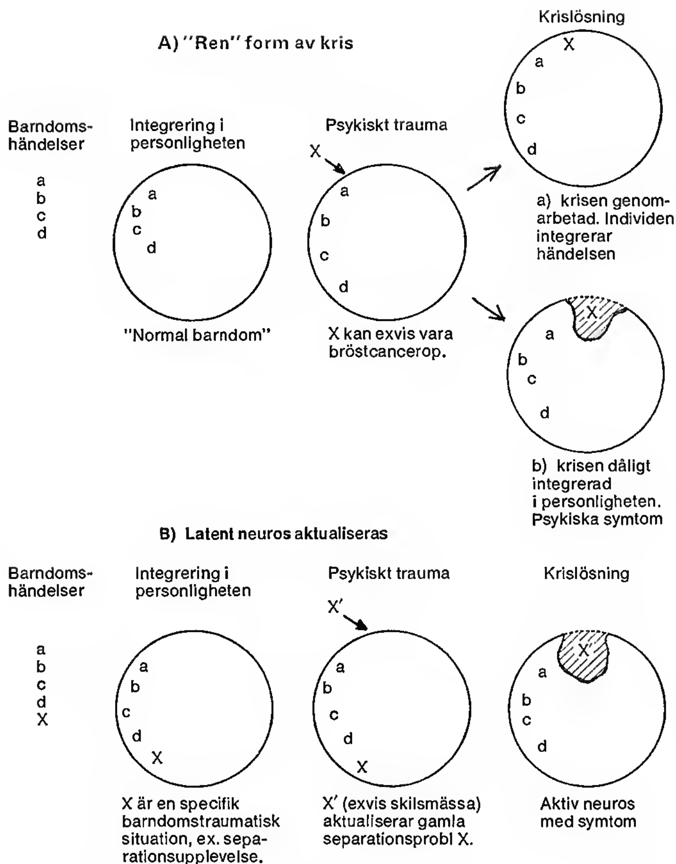



Fig. 1.

I fig. 1 åskådliggörs grafiskt skillnaderna mellan neurotiska reaktioner och krisreaktioner. Vi ser här två huvudtyper av krisreaktioner: dels har vi den "rena" krisen där en abnorm påfrestning resulterar i mer eller mindre uttalade psykiska reaktioner. Dels har vi en situation där traumat är överdeterminerat och väcker upp en latent neurotisk problematik genom att exempelvis bestyrka en gammal negativ självbild.

Givetvis är gränsen konstlad — varje upplevelse kan sägas

vara överdeterminerad. Förloppet är dock ett helt annat vid den förstnämnda situationen. En kroppsläkare, socialarbetare, lärare, eller präst kan här vara till stor hjälp för möjligheten att arbeta igenom och förstå vad som skett och för att inte förneka eller förvränga innehållet i det som skett. Men ju mer av överdeterminerade betydelser traumat har, desto mera av neurotiserande möjligheter kommer händelsen att få, med risk för regressiva* lösningar. Att det i denna situation är ofantligt väsentligt vad den som talar med den drabbade gör eller inte gör faller av sig självt. Det är naturligtvis också viktigt att veta när specialistpsykoterapi är indicerad.

Klientens inre upplevelser av reaktionerna kan för många terapeuter komma att dominera intresset så, att de glömmer att den drabbade är, som nämnes i punkt 4, *en människa i ett dynamiskt förhållande till andra.* Familj, vänner, arbetskamrater reagerar var och en olika och utifrån den totalbetydelse det inträffade har för dem. Detta får sedan sekundärbetydelser för patienten, som i sin tur återverkar på de övriga. En typisk illustration är den människa som ligger "dödsdömd" på sjukhus. Den annalkande döden är det som alla är koncentrerade på, men ingen vill låtsas om. Anledningarna till detta kan vara många. Följden blir dock att antingen vill man inte gå in i sjukrummet (läkaren rationaliserar med att han inte har något nytt att säga, anförvanten med att den sjuke nog är för trött) eller också pratar man forcerat eller skämtsamt om oväsentligheter utan att den sjuke får chansen att nämna vad han vill tala om just här och nu. Av ren lojalitet med besökarna brukar den sjuke inte sällan falla in i denna falska ton. Så uppstår det som man kallat "att dö socialt före den biologiska döden." Med andra ord finns man blott som i ett rollspel.

Betydelsen av dessa mekanismer framgår även av ett arbete om döende barn på en leukemiavdelning (*Vernick et al* 1965).

---

* *Regression* (tillbakagång) innebär ett förhållningssätt inför inre eller yttre påfrestningar där individen antar beteenden eller tankemönster s. var karaktäristiska för tidigare utvecklingsskeden ex.vis "barnslig" förväntansfull hållning, magiska behov, okontrollerade affektutbrott, sprit- eller tablettberoende.

## TRAUMATISKA TYPSITUATIONER

Jag skall här göra ett försök att särskilja sju klasser av traumatiska typsituationer som är av abnorm art och mycket laddade av vitala intressen för den som drabbas.

### I. *Objektsförlust*

Med detta uttryck avses här att någon eller något som en människa är beroende av eller skattar högt försvinner. I krissammanhang rör det sig ofta om *dödsfall*. Då någon person som man står nära dör, upplever många sorgen närmast som en fysisk smärta, som om en bit av deras eget liv var utskuret. Reaktioner på objektsförluster är bland annat beroende av den roll den döde spelat för vederbörandes livsbalans, hur mycket av tillvarons mening, innehåll, trygghet eller bekymmer som var upphängt på den andres existens. Man har visat, att när en kontrahent i ett längre äktenskap dör, ökar statistiskt sett dödligheten för den kvarlevande under de närmaste åren. Man kan tänka sig flera samverkande orsaker till detta förhållande. Säkerligen spelar dock den tomhetsupplevelse som händelsen kan utlösa en väsentlig roll för att sänka vitaliteten.

Innebörden är olika i ett barns död, ett syskons, en förälders, makes, bästa väns eller arbetskamrats död. Ibland kan *skuldkänslor* av mer eller mindre realistisk art ingå. En mor kan ha lämnat barnet utan uppsikt en stund innan det sprang ut på gatan. Man kan ha grälat eller bara känt sig arg på den som dör.

Man kan också ha ambivalenta känslor av mera komplicerat slag. Exempelvis kan den vuxne reagera ”paradoxalt” inför en förälders död, något som ofta sammanhänger med omedvetna eller dåligt bearbetade ambivalenta känslor. Tårarna räknas ofta noggrant på de närmast sörjande, och det är svårt för många att finna ett adekvat språk för de sammansatta aggressions- och sorgkonflikterna. En undersökning (*Cullberg* 1966) visar, att då ett barn dör vid en förlossning, detta förefaller vara en närmast maximal påfrestning för många: i en oselekterad

grupp av 57 kvinnor (samtliga, som under ett år förlorat ett nyfött barn på en kvinnoklinik) framkom att 19 kvinnor eller 1/3 av hela materialet reagerade med symtom som var av psykiatrisk karaktär. Ångestattacker, psykotiska förvirringstillstånd, tvångstankar, djupa depressioner var de mest påfallande symtomen. Reaktionerna var bland annat avhängiga av graden av barnets fullburenhet. De känslor som dominerade mest var tomhet, besvikelse, rädsla för att aldrig få ett riktigt barn, en våldsam känsla av att vara misslyckad, en kaotisk upplevelse av att inte förstå vad som hänt. De flesta hade skuldkänslor i någon form. Hos många fanns anklagelser mot sjukhuspersonalen. Ibland var dessa säkert berättigade, ibland var de uppenbara projektioner av självanklagelser.

Då en tonårings eller ett barns *bästa vän dör,* kan starka depressiva kriser med inåtvändhet eller "grubbleri" utlösas. För inte så få kan en sådan närståendes dödsfall komma att innebära en vändpunkt i tillvaron och början till en förändrad verklighets- och självupplevelse. Ibland kan detta leda till en fördjupning av individen, ibland till en misstänksamhet gentemot känslor och kontakter med tillbakadragenhet eller forcerad ytlighet som följd.

*Förlust av ett kroppsligt organ* i samband med operation eller olycksfall kan ibland med fördel också ses som reaktioner på hot mot den kroppsliga autonomin. Den psykiska reaktionen vid organförluster är avhängig organets mentala representation (*Bard och Dyk* 1956), det vill säga vilken betydelse, mening, detta organ har fått i individens totala kroppsbild. Några praktiska exempel visar hur dessa problem kan se ut:

En 18-årig yngling råkar ut för en trafikolycka och ena benet måste amputeras vid låret. Hans största intresse har varit idrott och hans näst största flickor. Givetvis är hans sublimeringsmöjligheter inte direkt iögonfallande och han upplever livet som i stort sett avslutat. Till det yttre kan man se honom ytterst upptagen med att träna gångövningar, men han är stingslig och besvärlig mot den kvinnliga personalen, vars blotta existens är en påminnelse om hans egen sänkta konkurrens-

värde. Benet representerar här inte bara en viktig del för rörelseförmågan utan förlusten påverkar också självbilden som är starkt uppbyggd omkring styrka och potens.

En kvinna som på grund av bröstcancer blir mastektomerad (ena eller båda brösten jämte körtelvävnad borttagna) kan reagera på flera sätt. Man har i en undersökning visat (*Bard,* 1955) att en hel del av dessa kvinnor reagerar med depressioner efter operationen. Vid undersökningen framkom att de kvinnor som före operationen kunde visas ha starkast beroendemekanismer fick de djupaste psykiska reaktionerna. Många av dessa kan också ha en självbild som till stor utsträckning är uppbyggd omkring attraktiviteten som en kvinna med en kulturriktig byst, något som kan ha underlättat den allmänna hävdelsesituationen.

En förvirring i könsidentiteten har också flera s k anus praeter-patienter omvittnat. Dessa har i samband med någon svår tarmsjukdom fått sin tarmöppning framlagd på buken i form av en cirka decimeterlång tarmbit. Avföringen kommer i en påse med olika frekvens och konsistens, beroende på vilken del av tarmen som är avtagen. De kan ibland uppleva sig ha en (ev extra) penis på magen med erektil förmåga — något för en kvinna (liksom för hennes partner) speciellt oroande. Dessutom får de en känsla av att ständigt lukta illa (som om man ständigt hade gjort eller skulle göra i byxan i det sociala livet) och upplever en halo av snusk omkring sig. Vissa patienter blir hyperrenliga och har långa tvättseanser, många gånger per dag, andra ger upp och blir lätt ohygieniska. Åter andra förnekar varje problem i en glashård nöjdhet.

Andra organ eller kroppsdelar som ofta får en överdeterminerad betydelse är ansikte, hud (exempelvis pigmentfläckar), könsorganen, håret. Snabbt fortskridande skallighet kan driva upp en våldsam ångest hos vissa män som känner sig forcerade in i en gubbålder.

## II. *Autonomiförlust*

Med autonomi menas självständighet, oberoende, självstyrande. (Motsatsen är heteronomi, att vara styrd av andra individer eller omständigheter.)

Vanligtvis rör sig det krisutlösande autonomihotet om en fysisk begränsning, exempelvis en invaliditet på grund av *sjukdom* eller *olycksfall.* Blotta möjligheten av framtida defekt kan ibland utlösa hela kedjan av reaktioner (en misstanke om cancer t ex).

*Inläggning på sjukhus* kan för den som är van vid ett yttre oberoende verka starkt provocerande. Ett beroende av medpatienter, av personalens godtycke, av läkarnas större eller mindre takt och kunnande etc, framkallar hos inte så få kraftiga aggressiva-depressiva reaktioner med följd att sanktioner kanske vidtas från personalen (utskrivning, negligering, etc). Ett annat reaktionsmönster i denna situation är att vederbörande ligger "snäll", "ödmjuk" och tittar i väggen, utan att lägga sig i ordinationer och med ett depressivt självförakt.

*Feigenberg* (1963, 1968, 1970) har i flera arbeten betonat komplexiteten i diagnostikens psykologi. En diagnos som medför ett långt beroende av sjukvård och som innebär en livsförkortning kastar individen ut ur de många möjligheternas tillvaro och in i det påtvingade beroendets kränkningar.

Autonomihot av en annorlunda karaktär är för somliga inkallelse till *militärtjänst.* En ung man, lite känslig och introvert, som varit kamratutstött och som dyrköpt börjat skaffa sig ett självförtroende i form av intellektuella sysslor med avståndstagande från "maskulina" intressen som sport, flickjakt och supning kan med visst fog känna en ångest för att bli inkallad. Allt vad han är trygg med är här inte självklarheter utan undantag. Han plågas av den täta fysiska kontakten med de övriga och undrar om han är homosexuell eftersom han är så omanlig.

Det är tveksamt om nyttan är särskilt stor att med stort lidande ha genomgått militärtjänsten. Många har den föreställ-

ningen att det skulle vara bra för självkänslan. Möjligen kan detta gälla för vissa. Dock knappast för dem som ej har något eget behov i denna riktning.

*Intagning på fängelse* är kanske det mest utpräglade av alla autonomikränkningar där den extrema situationen även förstärks av den sociala skamaspekten. Flera författare har beskrivit denna förlust av civil identitet, som *Goffman* (1968) kallar "mortifikationsprocessen".

### III. *Reproduktiva problem*

Funktionen av det reproduktiva systemet är givetvis djupt sammanvävd med mans- och kvinnosynen. Kvinnlighet definieras populärast som förmågan att framföda ett välskapt barn och känna glädje och tillfredsställelse inför det. Detta är ett synsätt som ofta övertas av de små barnen alltifrån 3—4-årsåldern. För inte så få kvinnor är deras egentliga självförtroende och djupare existensberättigande uppbyggt omkring denna förmåga till reproduktion. De blir inte till (i en existentiell mening) förrän de *kompletteras* med det goda barnet, som nyckeln ger låset dess mening. Psykiska symtom i samband med ytligt sett okomplicerade graviditeter, förlossningar, eller amningsperiod är därför mycket vanliga.

Vi kan från den utgångspunkten förstå en mångfald av de "insufficienser" som uppstår då förväntningarnas bristande realism bryts mot verkligheten och upptäckten av att en bärande identitet ej kan ges endast utifrån.

Enligt vår definition på kriser bör dock dessa problem räknas till mognads- och utvecklingskriser. — Traumatiska kriser kan emellertid uppstå då graviditeten kompliceras på ett onormalt sätt.

Några av de problem man här kan möta är följande:

*Missfall,* även tidiga, ger rätt ofta depressioner som inte accepteras som sådana. Även kvinnor med många barn tidigare kan skakas av att ej kunna "hålla fast" barnet. En undersökning talar för ett samband mellan tidiga separationsproblem och tendens till missfall (*Kaij et al* 1969).

*Aborter* upplevs nästan regelmässigt som svåra upplevelser om de inträffar efter fjärde—femte månaden. ”Ägget” har då oftast blivit ett ”barn” i kvinnornas föreställningsvärld. En abort kan nu innebära att kvinnan går emot allt hon tidigare hållit för självklart, dessutom sörjer hon någonstans barnet, eftersom det hunnit att bli ett objekt. Hennes rationella skäl för abort kan bli helt utan mening inför dessa inre konflikter. En sen abort är aldrig någon idealisk lösning, även om man ibland kan hoppas den är bättre än icke-abort.

De tidiga aborterna förefaller, vid ett i övrigt accepterande socialt klimat, inte lämna några större psykiska efterverkningar. Ett undantag är de kvinnor som trots sin abortönskan egentligen vill ha barn, som omedvetet upplever att de undanhålls den ”komplettering” som tidigare nämndes.

Ett specialfall utgör vissa unga flickor som blir gravida: Bakgrunden är inte bristande kunskaper om preventivmedel, utan föreställningen att de inte är riktigt skapta, att de nog inte *kan* bli gravida. Man kan kalla det för en experimentgraviditet där de tagit sin sterilitetsdiagnostik i egna händer. Anledningen att nämna om dessa problem här, är den kris som kan följa efter (den ofta nödvändiga) aborten. Antingen får flickan skuldkänslor, och är rädd bli steril på riktigt med följd att hon snarast försöker göra sig gravid igen, eller också missköter hon sig på andra sätt, är utagerande eller depressiv. Det är sannolikt att denna problematik ligger bakom många ”slarv”-graviditeter. Här får man ofta se hur hela familjen med fadern i spetsen agerar mot flickan och gör allt som inte skulle göras.

Ett *missbildat* eller *utvecklingshämmat barn* skakar familjen djupt. Dels genom den sorg och besvikelse som upptäckten medför, dels genom att det följer så många stora faktiska problem. Placeringsfrågor, prioriteringsfrågor visavi syskonen, problem med besökandes och andras emotionella reaktioner måste lösas. Kraven på extra mycket samarbete mellan makarna och de ekonomiska påkänningar som följer om man vill klara barnet själv kan ytterligare komplicera.

Till detta kan komma tysta anklagelser mot den andra parten eller mot sig själv av att ha ”orsakat” det. Många bär inom sig på en negativ självbild av att vara sekunda, ful, ej lyckad, elak. Dessa människors liv kan i mycket bära prägeln av att utåt söka visa hur felaktig denna självbild är. Ett missbildat barn blir en bekräftelse också utåt av den negativa självbilden, vilket inte gör det lättare att bete sig varmt och rationellt mot barnet. Detta lever sedan gärna upp till just denna negativa bild, mera ju mer skrämmande och tabuerad den är för föräldern.

En 2-barnsmamma fick ett svårt neurosedynskadat barn. Hennes man hade under kvinnans graviditet haft ett pressande arbete. Då hon var nervös och ”inte ville störa honom” fick hon sömntabletter av sin läkare. Dessa neurosedyntabletter menade hon sig således ha tagit för makens skuld. Efter förlossningen vägrade hon kontakta barnet och begärde blott ångestfullt att barnet skulle barmhärtighetsdödas. Hon kunde inte fatta varför hon skulle ha det ”straff” detta barn innebar. Så småningom ordnades fosterhem åt barnet. Kvinnan sökte sex år senare gynekolog på grund av ständiga blödningar och våldsamma skuldkänslor mot barnet. På djupet kvarstod fortfarande protesten mot att man ej dödat barnet. Hon hade inte lyckats bearbeta skeendet och höll fortfarande maken helt utanför. ”Han skulle inte orka med det om han visste varför jag tog tabletterna”.

Problem omkring diagnosmeddelande till föräldrarna har *Klackenberg* (1964) berört. *Jönsson* (1967) beskriver även utförligt förloppet efter diagnosmeddelandet och familjeproblemen som det utvecklingsstörda barnet medför.

Efter *hysterektomi* (operation varvid livmodern borttas) har man visat (*Drellich et al.,* 1956) att det postoperativa förloppet ibland är betydligt utdragnare än som är medicinskt motiverat. Vid djupare penetration av 32 kvinnors fantasier omkring uterus funktioner framkom att dess värde sågs som graviditetsorgan, reningsorgan (!), sexualorgan, styrkekälla, kvinnlighetsorgan etc. Att förlora uppkomstkällan till dessa viktiga funktioner är givetvis inte något bagatellartat. Av och till ser man kvinnor som går in i psykos efter hysterektomi.

*Sterilitetsutredningar* är ofta mycket påfrestande. Eftersom kvinnor med de häftigaste graviditetsbehoven inte sällan har

starka neurotiska problem blir förväntningarna uppskruvade och besvikelsen efteråt uttalad, detta hur än resultatet blir. Sexualiteten kan bli ett beställningsskrädderi, utan att det en gång "bidde en tumme" och maken kan drivas till utmattning och impotens. Många sterilitetsutredare är i dag varse problemen och försöker förebygga dessa excesser.

## IV. *Relationsproblem*

En relation inom primärgruppen, som plötsligt och oväntat blir utsatt och påfrestad leder inte sällan till krisreaktioner. Den mest typiska är *otrohetssituationen.* En partners otrohet kan bemötas på många olika sätt: negligering, förnekande, bestraffning medelst egen otrohet, våldsam depressiv aggressivitet i känslan av att vara ratad och övergiven (något som alltså ej upplevts tidigare även om förhållandet varit så), önskan om snabbskilsmässa, flytta hemifrån, göra självmordsförsök, låta barnen ta parti etc. Förmodligen leder det dock inte så sällan till att parterna börjar tala med varandra för första gången på länge.

Här som i så många andra krissituationer har man anledning att se på samhällsformerna för att förstå känslorna. Äktenskapslagstiftningen, liksom samhällssynen på äktenskap, är trots liberalisering ännu ej ägnad att främja fria människors förhållanden utan förutsätter ett visst omhändertagande från mannen gentemot kvinnan. Han får en beskyddarfunktion som inte är självvald och fakultativ, utan nedlagd som en lagbunden och ekonomisk nödvändighet. Detta har ofta en automatisk följd i en infantilisering av relationen med statushierarki och äganderättskänslor mellan makarna (och till barnen). Otrohetshandlingar bearbetas då inte främst som objektförluster, med sorg och reparativa försök, utan som en kränkning, en prestigeförlust, att inte vara värd något. Hämnd, bestraffning och självdestruktivitet kommer givetvis då att dominera som de närmaste åtgärderna den förfördelade vidtar. Den desperation och oresonlighet som man kan se i sådana situationer kan bara för-

stås om man betraktar den oreflekterade, självcentrerade, dagdrömspräglade äktenskaps- och föräldrasyn som är förhärskande trots en viss upplysning. Tomtebolycka av ostört lugn och avskildhet från alla oroselement ses som högsta livsvärden. Man utgår från att harmoni är ett normaltillstånd och upplever konflikter som något sjukt eller onormalt.

Man kan ibland möta personer som blir inlagda på psykiatrisk klinik därför att deras kontrahent avslöjat ett mångårigt u.ä. förhållande och vill skiljas direkt. Att en sådan upplevelse skakar grundtryggheten och misstänkliggör allt i förhållandet, är inte så egendomligt. Dock måste man ställa sig frågande till vilka motiv de förnekelsemekanismer haft, som hindrat vederbörande från att reflektera över alla de praktiska eller emotionella tecken på känslokluvenhet och halvhet som kontrahenten måste ha uppvisat före brytningen.

En negativ krislösning på relationsproblem, som är alltför vanlig idag är den nyskilde medelålders mannen som börjar supa. Skilsmässans yttre orsaker kan ha varit gräl, småsupande, dålig sexuell anpassning eller någon otrohetshandling. Allt detta är tecken på kommunikationsproblem som uppstått efter några års äktenskap. Det är maken som har alla de yttre sociala felen och han å sin sida anklagar hustrun för kärlekslöshet och sexuellt ointresse. Skilsmässan sker under bittra former och maken skaffar bostad i ett inackorderingsrum. På djupet upplever han sig själv starkt misslyckad men utåt lägger han alla fel på hustrun. Genom självanklagelserna och den sociala prestigeförlusten sätter en serie självdestruktiva handlingar in: han gör inga ansträngningar att skaffa sig ett eget hem, ordnar överhuvudtaget inte för sig, är tråkig för kamraterna. Barnen drar sig undan då han luktar sprit allt oftare, han börjar missa jobbet, sjukskrivs och avskedas slutligen. Den sociala nedräkningen har börjat, där slutet blir samhällsomhändertagande. Den medlarinstitution som samhället har, skulle kunna få ett ökat existensberättigande om det förekom någon slags uppföljande verksamhet för att förebygga dessa mycket vanliga utvecklingar.

Om en nära anförvant råkar ut för en *invalidiserande sjukdom*, en hjärnblödning (som inte sällan drabbar yngre åldrar), en ryggmärgsskada eller någon annan sjukdom som påverkar livsregimen, såsom sockersjuka el dyl, finner sig den friska partnern ha att välja mellan att partiellt bli sjukvårdare för resten av livet eller säga upp bekantskapen. Då det sista av olika skäl sällan låter sig göras utan mera blir något som man ägnar sig åt i ett skuldfyllt fantiserande (liksom åt dagdrömmar att den sjuke skall dö) kan anpassningsproblemen bli svåra. Känslan av ofrivillighet, av tvång, kan leda till omedvetna aggressiva handlingar eller till en bitter självuppgivelse.

V. *Social skam*

Att "förlora ansiktet" socialt är något som i vissa kulturer betecknas som den svåraste av alla prövningar.

*Rattfylleri* med åtföljande körkortsindragning och ev fängelsevistelse utlöser inte sällan häftiga psykiska reaktioner. Samma kan gälla *förskingringar*. Ibland rör det sig om socialt sett oförvitliga personer som gjort ett eller en serie feltramp i samband med att de haft andra problem, exempelvis med barn eller arbetsplatsen.

Behovet av att vara accepterad av samhället och rädslan för de egna omedvetna önskningarna gör, att samhällets straffsanktioner kan upplevas som så våldsamt smärtsamma och ångestväckande. Det sker en association till "brottslingar" och individen känner sig plötsligt försatt utanför samhällets råmärken.

Suicidförsök, konversionshysteriska symtom eller olika desperata handlingar kan vara lösningsförsök och medel att symboliskt rentvå sig skammen. Våldsamma rationaliseringsförsök och verklighetsförvrängningar hör också till de reaktioner som man ofta möter vid dessa situationer.

*Skandalisering* och *karriärmisslyckande* är andra sociala skamhändelser som kan verka krisinducerande. Vederbörande kan ha fått för lågt betyg på sin doktorsavhandling, han blev

inte befordrad då alla väntade detta, med följd att han inte kan säga annat än att ha vägts och blivit befunnen för lätt. En ej ovanlig situation är den, där någon plötsligt upplever sig helt överspelad och förbigången av en yngre förmåga med bättre utbildning.

Återigen förtjänar dock påpekas vikten av att skilja upp händelsen som sådan, och hur den uppfattas av den som drabbas, respektive av hans omgivning. Det är ju å ena sidan händelsens reala och å andra sidan dess fantiserade betydelse som är avgörande för reaktionens styrka och yttringar. Till den reala betydelsen adderas ofta gamla skam- och underlägsenhetsfantasier sammanhängande med problem från de tidiga barndomsåren.

## VI. *Samhälleliga strukturförändringar*

Dagens samhälle genomgår våldsamma förändringar i enlighet med den ekonomiska välståndsideologi som är dess huvudmålsättning. Rationaliserings- och lokaliseringspolitik får med tumskruvsmetoder småföretag och mindre lönande industrier att ge upp andan. Samtidigt gynnas storstadstillväxt, och 10 000-tals människor tvingas årligen att ofrivilligt bryta upp från den bygd och det sociala nätverk där de har sina rötter för att slå sig ner i nyuppslagna förstäder. Dessa *påtvingade sociala uppbrottssituationer* med *uppsägningshot* eller reala uppsägningar, *omskolning* för ibland andra eller tredje gången, medför att individer i sin produktivaste ålder tvingas inse att ingen har behov av deras tjänster. Man kan med fördel betrakta detta ur ett långsiktigt psykiatriskt perspektiv med störda familjerelationer, ungdomsproblem och oklara livsmönster som följd. Man finner även mycket av akuta krisreaktioner i samband med flyttningar och andra strukturförändringar men där krisreaktionen ej uppmärksammats som sådan utan i stället blivit till kroniska negativa attityder hos ett arbetsvårdsklientel.

Detta är ett av de många exempel på att dagens psykiatri automatiskt dras in i det politiska skeendets konsekvenser och därför ej kan stå neutral i politiska frågor.

## VII. *Yttre katastrofer*

*Krigschocken* är en välkänd reaktion på en överväldigande upplevelse av dödsfruktan, kaos och upphävandet av alla normala lagar. En amerikansk undersökning (*Grinker* 1946) visar att det bland flygarpersonal i bombningsuppdrag som utsatts för beskjutning, fanns ett samband mellan att reagera med ångestattacker och föreställningen om den egna osårbarheten eller odödligheten. Omöjligheten att upprätthålla denna självbild banade väg för den bortträngda ångestupplevelsen.

Samma typ av ångest med sömnstörningar, psykosomatiska symtom, gråtattacker etc kan man finna hos den som varit vittne till eller inbegripen i en *svår olycka,* ett *våldsamt psykosutbrott* eller *suicidhandling* hos en närstående eller som hotats till livet vid *inbrott* eller *överfall.* Att rutinmässigt bli *polisförhörd* efter något större brott, kan för somliga bli en starkt traumatiserande händelse. Den brutala upplevelsen av att livet faktiskt är utan garantier, att man är totalt utsatt, att kaos kan inträffa utan att en gudomlig eller samhällelig rättvisa styr allt till det bästa, är något som utmanar människors hela livshållning och livsförtröstan. En stark tilltro till samhällets representanter (hur än detta samhälle är beskaffat) är för många det säkraste och mest vattentäta sättet att söka uppnå trygghet och "garantier" för att det onda ej skall inträffa. Samhällslojaliteten får en totemistisk innebörd och var och en som hotar eller skändar denna lojalitet betraktas som orostiftare. Demonstranter, långhåriga, narkomaner, brottslingar, sinnessjuka, upplevs vagt sammanhörande i en skrämmande ostrukturerad sektor som samhället noga måste markera gränsen till. Vikten att "hypostasera" det onda, dvs placera det någonstans utanför sig själv i sinnevärlden, har i alla tider varit ett primitivt, magin närstående medel att få uppleva sig själv på rätta sidan med garantier mot olyckan.

Många sektorindelar på detta sätt tillvaron och har föga eller ingen kontakt med egna omedvetna destruktiva behov. De projicerar sina förbjudna önskningar på individer och före-

teelser, som ytligt betraktat med lätthet klär skott för sådant. Att de även hör till dem som blir mest chockade, bittra, eller psykiskt störda inför hot mot livets trygghet såsom sjukdom, sociala motgångar och övergivenhet är ej ägnat att förvåna.

## FÖRLOPP OCH SYMTOMATOLOGI

Att krisrcaktioner beskriver en förvånansvärd enhetlighet i förloppet bestyrks av många författare. För den som lyssnat till eller iakttagit många individer under akuta kriser ter det sig naturligt att dela in förloppct i ett antal rätt väldefinierade stadier. *John Bowlby* (1961) har i sina kända undersökningar över barns reaktioner vid inläggning på sjukhus separerat tre faser: den första kallas för *protesten* där uttryck för sorg och dcspcrat ilska överväger. Detta övergår i en depressiv *förtvivlan* som undan för undan vänds i *likgiltighet* med pseudoanpassning och förnekelse av objcktsförlusten.

*Reuben Hill* (1955), som studerat familjers reaktioner inför kriser, beskriver följande förlopp: kris, desorganisation, återhämtning, reorganisation.

*Irving Janis* (1958) har i en mycket väsentlig studie över kirurgiska operationer som utlösare av psykiska kriscr studerat hur förväntningarna påverkar krisens förlopp. Han fann att individer med starka positiva resp starka negativa förväntningar tenderade att få de häftigaste negativa reaktionerna i efterförloppet.

Det är i detta sammanhang svårt att helt bortse från biologiska analogier med stressreaktionens (General Adaptive Syndrome) förlopp cnligt *Selye:* a) alarmreaktionen med chockfas och "countershock" b) försvarsfasen med maximal adaptation och c) utmattningsfasen respektive återhämtningsfasen.

Normal sårläkning beskriver även den ett likartat förlopp mcd vävnadschock som övergår i försvarsfas (leucocytinvandring m m). Denna fortsätter så i en rcgenerationsfas (nyväxt av bindväv m m) samt avslutas med reorganisations- och ärrbildningsfasen, vilket innebär återupptagen organfunktion.

Den uppdelning som här skall anges är i stort sett likartad med de övriga och består av 4 faser.

1. Chockfasen
2. Reaktionsfasen
3. Reparationsfasen
4. Nyorienteringsfasen.

*1. Chockfasen*

Denna varar från ett kort ögonblick till några dygn. Under chockfasen håller individen verkligheten ifrån sig med all kraft, då det ännu inte öppnats någon väg att "ta in" det skedda och att bearbeta det. Ofta kan den drabbade vara ytligt välordnad men under ytan är allt kaos. Vederbörande kan efteråt ha svårt att minnas vad som sagts eller skedde. Det är viktigt att exempelvis de som ger medicinsk information känner till detta. Väsentliga upplysningar ges alltför ofta i direkt anslutning till ett chockartat meddelande då effekten är minimal.

Vissa andra kan under chockfasen te sig starkt avvikande, skrika, "riva sina kläder", säga om en mening gång på gång, eller förvirrat börja tala om likgiltigheter. S k Totenstellreflex med astasi-abasi (varken kunna stå eller gå) ses ibland.

Under denna akuta chockfas är medvetandet ofta grumlat. Regressionen kan vara våldsam och alla psykiska energier är bortvända från kommunikation med den smärtsamma realiteten. Relativt sällan brukar dock chockfasen låsas i en mera varaktig psykos.

*2. Reaktionsfasen*

Reaktionsfasen brukar ofta pågå någon eller några månader. Den börjar då den drabbade tvingas att öppna ögonen för det skedda (eller för det som skall ske). Här inträffar nu en häftig omställning för hela den psykiska apparaten, som har till uppgift att integrera verkligheten på ett så adaptivt sätt som

möjligt. Individens försvarsmekanismer, vilka hos vissa kan vara av ganska primitiv art, mobiliseras.

*Sorgereaktionen* är en väsentlig del av reaktionsfasen. *Erich Lindemann* (1944) beskriver denna i sin nu klassiska skildring av anförvanterna till offren vid en stor brand vid nattklubben Cocoanut Grove i Boston. Han lägger där vikt vid den kroppsliga aspekten i akut sorg: "Gemensamt för alla är följande syndrom: sensationer av somatiskt obehag uppträdande i vågor, som varar från 20 minuter till en timme per gång, en sammansnörande känsla i halsen, andfåddhet, behov att sucka, tomhetskänsla i buken, muskelsvaghet och ett intensivt subjektivt obehag som beskrivs som spändhet eller psykisk smärta".

Det som ofta faller den utomstående i ögonen är den drabbade individens försök att få någon *struktur i den kaotiska situationen*. Frågan "varför?" upprepas gång på gång, liksom monologer över hur absurt och orättvist det är, att detta skulle drabba just honom. De förklaringar man söker, avspeglar många gånger hur mycket av magiska föreställningar som blir aktuella i detta regredierade tänkande: "maken knuffade mig på bröstet och sedan fick jag knölen där", "jag vet inte riktigt varför, men jag känner det är ett straff för något".

I den tidigare omnämnda undersökningen av kvinnor med perinatalt döda barn rapporterade cirka hälften av kvinnorna skuldkänslor över det inträffade. Någon gång kan givetvis skuldkänslorna vara rätt adekvata, vilket komplicerar sorgearbetet.

Vid förlust av en nära anförvant är sysslandet med den bortgångne i fantasin påfallande. Vederbörande finns i medvetandet dag och natt och ibland kan detta anta illusions- eller t o m hallucinationsprägel. Man tycker sig ha hört hur maken ropat, pensionären lyssnar till hur den älskade hunden skrapar på dörren och gnäller. Hela den psykiska apparaten är här inriktad i ett reparativt försök att "hålla kvar" den döda. Möjligheten att omedvetet förneka realiteten är givetvis stor under denna fas, speciellt som realitetsprövningen är nedsatt under regressionen. Inte sällan möter man kvarlevande som tror sig bli sinnessjuka då de tyckt sig höra den avlidnes röst.

*Försvarsmekanismer*

Försvarsmekanismer av mera omfattande art, som inte sällan komplicerar denna reaktionsfas, är *bortträngning* av skeendet, ibland med konversionshysteriska symtom (minnesförlust, förlamningssymtom etc) liksom *förnekelse* (av det inträffades relevans).

*Regressionen* kan ibland bli svår för omgivningen att bemöta om den yttrar sig i ett våldsamt klängande eller i häftiga affektutbrott. En socialt mera sanktionerad regression är alkoholbruk som för många kan vara till en viss hjälp under den svåraste fasen. Somliga kan dock finna att de har svårt att klara sig utan sprit efter ett tag. Ibland kan ett självdestruktivt användande av sprit eller tabletter bäst förstås som ett uttryck för vederbörandes starka protest mot att han har utsatts för det som skett, där han blir till en levande anklagelse för hela sin omgivning.

Mera specifika försvar utgörs av ex vis *projektion* av skuldkänslor på omgivningen. Läkare och sjukhus blir ofta syndabockar (dock sällan helt utan orsak). ”Jag sa ju åt doktorn att jag kände mig trött vid sjunde månaden men han ville inte lyssna på det örat”.

*Rationalisering* av händelserna kan exempelvis innebära att den som utsatts för otrohet helt vitmålar den egna karaktären eller äktenskapets tidigare harmoni.

*Unrepression* (återvändande av bortträngda minnen) beskrivs av *Janis* (1958). Det förekommer inte sällan i akuta krissituationer och kan förklaras med den regredierade situationens minskade tankecensur. Unrepression innebär, att den som lyssnar till vad den krisdrabbade säger, nog kan lita på att det är sant (åtminstone för patienten), men han skall heller inte bli förvånad om vederbörande efter någon månad totalt förnekar att han yttrat något sådant eller överhuvud taget upplevt det sagda. Den vanliga bortträngningsfunktionen har då återigen blivit effektiv.

*Isolering* av affekter hör till de vanligaste försvaren vid smärtsamma upplevelser. Man kan lugnt berätta om det in-

träffade och omgivningen prisar vederbörande för att ”ta det så moget”, ”vara fantastisk”. Om denna affektiva isolering inte blott är ett tillfälligt skydd, utan en hållning till det inträffade som representerar en förvrängning av vad som egentligen hänt, kan det få negativa följder. De förnekade känslorna kan då i stället senare uttryckas i symtombildning där exempelvis ångestreaktioner inte sällan kan ses ha direkt sammanhang med förnekade eller isolerade affekter.

En komplicerande och ibland svårgenomskådad reaktion (som inte uttrycker en egentlig försvarsmekanism) är *förstärkning* av symtomen vid kriser. Dessa får då klä skott för andra konflikter som på så sätt kan förnekas.

En far förlorade sin 14-åriga son vid en trafikolycka. Hans sorg var mycket häftig, han började supa, slutade sin anställning och måste slutligen tas in på psykiatrisk klinik då någon rehabilitering ej kunde genomföras. Där målade han i ganska rosiga färger upp tillståndet före sonens död. Emellertid visade det sig så småningom att han egentligen hade haft dålig känslomässig kontakt med pojken liksom med hustrun och att hans yrkessituation var ansträngd. Sonens död ”legitimerade” att han kopplade av allt och hans kvarhållande i en självdestruktiv sorg skyddade honom från att ta itu med det som han egentligen upplevde som sitt eget livsmisslyckande.

Alla dessa försök och ”ego-manövrer” illustrerar hur lätt den utlösande händelsen liksom dess totala psykiska innebörd kan utsättas för förvanskningar. Den justerade verkligheten kan ibland uppfattas som lättare att uthärda. Den är dock en bräcklig grund att bygga det vidare livet på.

### *Symtomatologi under reaktionsfasen*

De symtom som är mest karakteristiska under reaktionsfasen är:

a. *Neurasteni* med lätt uttröttbarhet, irritabilitet, överkänslighet och allmän skörhet liksom sömnrubbningar.

b. *Ångest,* varierande från diffus obehagskänsla och allmän ängslan till klara attacker av våldsam ångest med hjärtklappning, svettning osv (s k ångestneuros). Insomningssvårigheter och mardrömmar är vanliga tecken på ångest.

c. *Depressiva* besvär med hämning, gråtattacker, psykosocial tillbakadragenhet, skuldkänslor och hypokondrier. Även aptitledan kan räknas hit.

d. *Aggressiva* yttringar med självdestruktivitet, stingslighet och "elakhet". Många tenderar att glömma hur vanlig aggressivitet är vid kriser. Speciellt upptäcker man det om man fått mer än ytkontakt med patienten. En del kan då i stället få känslan att vederbörande är "otacksam", och att man inte skall "tigga om att få hjälpa till". Aggressivitet kan ofta vara indirekt i form av en allmänt krävande och beroende position som den drabbade intar, med förmåga att spela ut ett skuldbeläggande om han tillfälligt överges. Många gånger kan han upplevas som en "levande anklagelse" mot sin omgivning som ej gör tillräckligt mycket etc. Att göra suicidförsök med doktorns tabletter kan vara detsamma som att säga "allt jag fick är den kniv som jag nu sticker i mitt bröst". Efter en tid blir det lätt ganska folktomt omkring denna människa.

e. *Psykosomatiska sjukdomar* tar inte sällan sin början efter ett psykiskt trauma. *Theorell* (1970) beskriver nyligen i ett material av hjärtinfarktpatienter, att deras infarkt ofta föregåtts av en livskris.

De psykosomatiska reaktionerna kan delas upp i de specifika s k organneuroserna såsom menstruationsstörningar, magsår, tarmrubbningar, astma samt i de ospecifika s k stressreaktionerna där organismen mera diffust drabbas. Exempel på de senare är kärlrubbningar, liksom störningar i ämnesomsättning och blodkemin.

Hur ett magsår kan uppkomma illustreras av *Mirsky* (1957), som i en stor prospektiv undersökning på värnpliktiga soldater under stridsutbildningen kunnat konstatera ulcus duodeni hos största delen av dem, som man predicerat för denna sjukdom genom fynd av förhöjd pepsinogennivå i blodet + beroendeindikationer i Rorschach. Man bör lägga märke till att det förutom traumat (inryckning i militärtjänst) även krävs både en fysisk och en psykisk disposition för att den psykosomatiska reaktionen skall uppstå.

f. *Övriga reaktioner.* Tidigare har *psykosrisken* berörts, liksom lättheten att börja *missbruka sprit* och *sedativa.* Möjligheten för *suicidförsök* kan givetvis ofta vara stor. Kanske är den störst vid relationsproblem enligt IV, där suicid*försök* är det klassiska sättet att slå tillbaka på, eller att på ett nästan pantomimiskt sätt visa hur motparten gjort en illa. Vid sociala skamsituationer enl V är *suicid*möjligheten ibland stor (harakiri, det "anomiska" självmordet enligt *Durkheim*).

3. *Reparationsfasen*

Reparationsfasen pågår från någon eller några månader efter traumat till kanske ett halvt eller ett år senare. Under denna fas börjar individen återigen vända sig mot framtiden i stället för att som under de tidigare faserna, ha varit totalt ockuperad av traumat och det förgångna.

För den som har en dödlig sjukdom innebär övergången till denna fas ett accepterande av tanken på den kommande döden. Förnekelse som försvar blir mindre aktuellt. De symtom och beteendestörningar som patienten erfarit och uppvisat skall nu undan för undan avta, gamla aktiviteter återupptas och nya erfarenheter börja integreras igen. Med tidens distans till det skedda brukar den eventuellt adekvata skulden och ansvaret bli något lättare att ta på sig.

Om denna övergång i en mjukare, mera adaptiv situation inte skett inom rimlig tid är det ett ganska säkert tecken på att vederbörande behöver sakkunnig hjälp. Perioden är således kritisk då verklighetsförfalskningen nu borde vara minimal för att individen skall kunna komma vidare.

Vanligt är, att den tidigare relationens sammansatta natur ofta glöms av efter dödsfall, och i stället talar man enbart om den döde på ett skönmålande sätt. Efterlevande barn kan på detta sätt få svårt att integrera sina blandade minnen av den döde föräldern med den panegyrik som de nu får höra. Detsamma gäller skilsmässosituationer där verklighetsförfalskningen efter någon tid kan bli maximal. Den som drabbats av en kronisk

sjukdom kan uppleva sin tidigare tillvaro helt idyllisk, kvinnan som förlorat sitt barn vid förlossningen vill glömma sina abortfunderingar tidigt under graviditeten men blir i stället våldsamt sörjande och upplever, att för henne finns ingen glädje mer i livet.

En primitiv (i icke värderande mening) och mycket stark reaktion kan man ibland se hos vissa mödrar som förlorat ett större barn. Att sörja innebär för en sådan mor att ständigt leva med barnet i tankarna, vilket är detsamma som att ej överge det. All livsenergi koncentreras hit, och mamman knappt äter eller sover, än mindre sysslar hon med resten av familjen. Hon upplever som sin oavvisliga moderliga uppgift att ständigt värna om den döde. Ofta berättar dessa kvinnor hur de fysiskt kan uppleva att barnet fryser eller är ensamt och hungrigt i graven, och därför får de inte överge barnet. De verkliga svårigheterna uppstår då de övriga familjemedlemmarna på allvar börjar söka orientera sig utåt i reparativa försök. Att skratta till eller berätta något ovidkommande upplevs då som ett svek.

Dessa situationer kan bli olidliga för samtliga i familjen. Kvinnan får inte sällan tas in på sjukhus, för att först under en barmhärtig sjukförklaring få inre "tillstånd" att småningom börja äta och vända sig mot livet.

Ur psykoanalytisk synvinkel är dessa kvinnor ofta att räkna till de hysteriska i en klassisk mening (uttrycket hysteri har idag tyvärr alltmer kommit att gälla personligheter med psykisk omogenhet vilket medfört ett negativt värderande innehåll). Deras moderlighet har symbiotiska drag och döden uppfattas som något som inte kan skilja mor och barn. De måste förneka döden som separation om de skall behålla sin identitet. Dessa "livmoderspräglade" kvinnor, där sexualiteten (och vad därtill hör) medvetet eller omedvetet är den axel omkring vilken världen rör sig, skall ej förväxlas med överbeskyddande mödrar. Genom sin extrema sårbarhet, speciellt vad gäller objektsförluster, reproduktiva problem och relationsproblem är de viktiga att förstå, då deras symtomatologi ofta är mycket stark.

4. *Nyorienteringsfasen*

Under denna sista fas, som givetvis inte har någon avslutning, lever individen med det förgångna som ett ärr, som alltid kommer att finnas men som inte behöver hindra livskontakten. Nya objekt har ersatt de förlorade. Den skakade självkänslan har återupprättats, de svikna förhoppningarna har bearbetats. Detta sker under förutsättning att den drabbade kunnat arbeta sig igenom krisen. Fortfarande kan det gamla ibland känslomässigt upplevas i form av korta stygn av smärta.

En kris blir så ett stycke av livet och icke något som skall glömmas och avkapslas. Många upplever också att händelserna efteråt får olika förståelseinnehåll under olika livsperioder.

NEGATIV KRISUTVECKLING

Jag har tidigare antytt att en kris kan utvecklas negativt. Men vad innebär då detta praktiskt? Man bör här skilja mellan en *socialt* och en *personlighetsmässigt* sett problematisk utveckling. Dessa båda typer går ofta isär. (Fig. 2)

*Socialt problematiska* är ofta de individer, som är "hyper-

*KRISREAKTIONENS FASER*

——— "Normal" krisreaktion
— — — Akutisering av latent neuros
....... Initialt undanträngande av känslor

1. Chockfas
2. Reaktionsfas
3. Reparationfas
4. Nyorienteringsfas

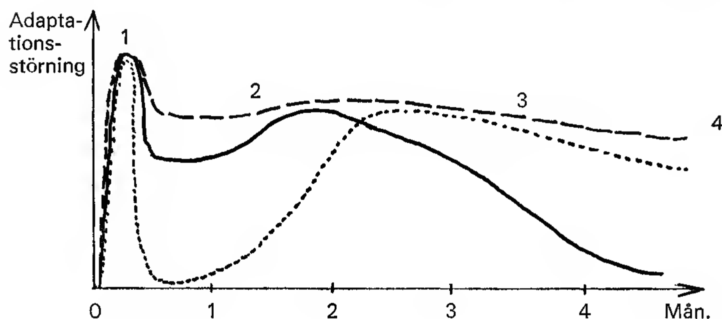



Fig. 2.

reagerande" och som helt enkelt tvingar omgivningen till åtgärder. De blir psykotiska, gör suicidförsök, blir våldsamma, missbrukar sprit. Dessa beteenden kan innebära en betydelsefull erfarenhet för individen och kan i samband med samtalsbehandling ge en chans till vidareutveckling och självförståelse. Detta såvida inte dessa möjligheter förhindras med starka psykofarmaka och elchocker; behandlingar som ytterst sällan behöver bli aktuella. Vad dessa patienter främst behöver är hjälp (ibland fackmässig sådan) att få en möjlighet att komma vidare igenom sin kris för att efteråt förstå både den och sig själva bättre. Skall man vara denna följeslagare krävs det, om inte att ha haft identiska erfarenheter, så dock en tämligen god självkännedom. Det förkastliga, som jag ser det, är alltså den "normaliseringsbehandling" som ofta bjuds där man i medicinskt nit eller i ett felriktat medlidande raderar ut alla "överdrivna" symtom så att patienten efteråt kan tumla ut i tillvaron utan att riktigt förstå vad som hänt, annat än att han varit sjuk och "fått behandling".

*Personlighetsmässigt problematiska* är de, där de yttre reaktionerna är föga framträdande eller de som hakar upp sig i någon av faserna. Dessa brukar av omgivningen ofta benämnas speciellt "duktiga" och "tappra". Den negativa betydelsen av att behärska sig i initialskedet av krisen illustreras av de kvinnor som av olika anledningar höll tillbaka sina reaktioner initialt efter att ha förlorat sitt barn vid förlossningen. Dessa behövde signifikant längre tid än de övriga att komma åter i de vanliga livsfunktionerna. Detta är rimligt då de psykiska energierna i mycket går åt att hålla känslorna undan- eller bortträngda. Det syntetiska problemlösandet och psykiska arbetet blir här satt på undantag. Det blir som att försöka läka ett sår utifrån i stället för inifrån. En del av dessa människor visar en stark rädsla för att konfronteras med sitt känsloliv. De tror att världen skall falla samman och de själva upplösas om de släpper loss reaktioner som de känner som "sjuka" hos sig själva. Andra behärskar sig, då de anar att de annars skulle möta ogillande från omgivningen (sjukvårdspersonal, anförvanter). Den förnekade

sorgen som upphov till psykiatrisk symtomatologi i senförloppet illustreras också i ett arbete av *Wretmark* (1959).

Dessa ofullständigt genomgångna kriser är vanliga. Man kan finna en kvarstående ångest hos dessa människor liksom ett sänkt självförtroende, bitterhet och sociala isoleringstendenser, där de är upphakade i det förgångna, kanske med vissa syndabockar i tillvaron som ältas vid varje tillfälle.

Eftersom människor i betryck så ofta söker läkare är det viktigt att dessas avstånd till det mänskliga inte får öka längre. Läkarna måste börja se sin funktion inte bara som teknologiskt behandlade utan lika mycket som förstående och klargörande med sekundära behandlingsmöjligheter. Det förefaller rimligt att kräva av människovårdare att de skall ha en allmän förståelsekapacitet för mänskliga kriser, problem och konflikter som är högre än genomsnittets, och genom denna deras förståelse kunna vara patienter till hjälp. Med förståelse avses inte vulgärbetydelsen i ett slags medhållande och omklappande utan att genom kunskaper begripa, fatta, kunna klargöra situationer, och att respektera vissa inre skeendens nödvändighet.

## BEHANDLING

### *A. När möter vi den krisdrabbade?*

Det är företrädesvis vid tre tillfällen den krisdrabbade söker professionell hjälp. Vanligen brukar tyvärr endast det första av dessa tillfällen identifieras som krisinducerat. Detta är i det akuta chockstadiet då patienten kommer till jourhavande läkare förvirrad, upprörd eller djupt apatisk. Det andra tillfället är i reaktionsfasen, kanske en eller två månader efter traumat, då han söker för ångest, sömnsvårigheter eller något annat symtom. Det tredje är i övergången till reparationsfasen, där emellertid denna fas ej infunnit sig och där utvecklingen har låst sig. Dessa patienter kan komma långt försenade i form av pensionsärenden, arbetsvårdsproblem eller med förvärrade psykiska symtom.

Påfallande ofta lägger undersökaren bara flyktigt märke till

den yttre incidenten som inträffat någon tid tidigare och försöker behandla det aktuella utan att förstå nödvändigheten att lyfta fram hela sammanhanget, som en process där skeendena hänger oskiljbart samman. Om kontakten sker först i den upphakade tredje fasen kan ibland situationen ha blivit så låst och invetererad, att det blir svårt att få igång läkningsprocessen. Dessutom brukar också dessa människor ha komplicerande neurotiska mekanismer eller yttre livssituationer, som ytterligare försvåras.

### *B. Kristerapins principer*

Principen i krispsykoterapi är annars enkel: terapeuten skall vara *katalysator* för läkningsarbetet. Han skall ge patienten en möjlighet att under så hyggliga förhållanden som möjligt gå igenom krisen så att han uppnår en nyorientering och detta helst med erfarenheter som ökat hans självkännedom.

Detta har två omedelbara konsekvenser som är av stor vikt och som kan vålla problem speciellt för läkare:

1. Terapeutens uppgift är *inte* att ge tillbaka vad patienten förlorat, att "trolla bort" den smärtsamma realiteten.

2. Terapeutens uppgift är inte heller *primärt* att bota eller ta bort "symtomen" eftersom dessa är en bit av processen och verkligheten. Däremot kan han varsamt söka lindra eller hejda alltför smärtsamma eller självdestruktiva yttringar med tolkningar eller farmaka eller vad han har att tillgå. Ingen far väl av att ligga sömnlös flera nätter i rad eller sitta och gråta på arbetsplatsen vecka efter vecka eller vara ensam i hemmet, supa eller missbruka tabletter någon längre tid.

### *C. Terapeutens omnipotensproblem*

För att ha styrka att låta patienten genomleva sin kris på ett konstruktivt sätt, krävs att man har genomskådat sina egna magiska behov att styra patientens liv. Dessa behov är mycket vanliga hos vårdpersonal och kan ha att göra med neurotiska mekanismer i yrkesvalet (omnipotensbehov) eller bristande mot-

ståndskraft gentemot pressen av de sociala förväntningarna i vårdyrkena.

Detta kan yttra sig på två sätt: dels att man blir överbeskyddande, dels att man flyr ifrån situationen. I det förstnämnda fallet söker terapeuten sudda bort varje smärtuttryck, han ger tabletter eller råd av bombastisk art, ex vis "det är bara att åka hem och skaffa ett nytt barn" efter den misslyckade förlossningen. Han tror här inte på vederbörandes egna utvecklings- och bearbetningsresurser. Terapeuten försöker i detta fall få till stånd ett förnekande av det skedda, göra det ogjort. Då patienten talar om vad som hänt försöker man bagatellisera och rent av bevisa att det som hänt var bättre än om det inte hänt. Med andra ord: sorgen, vreden eller skulden får inte finnas. Detta ofantligt vanliga sätt att bemöta akuta kriser bestjäl individen på hans möjligheter att förstå och själv bearbeta sin situation. En annan sak är att man under samtal kan försöka hjälpa honom att se alternativa synsätt eller nyansera uppfattningen. Arbetssätten kan någon gång se likadana ut men avsikten skiljer: i ena fallet förnekelse, i andra fallet ökad realitetkontakt.

Det andra reaktionssättet på vår hotade omnipotens är det motsatta, nämligen att dra sig tillbaka fysiskt eller psykologiskt. Läkaren kan med hjälp av olika rationaliseringar undvika rondbesök hos den döende, undvika att konfrontera den cancersjuke med hans situation trots att patienten på olika sätt visar att han vill tala om framtiden, hålla ett standardiserat informationstal till patienten (ibland t o m lämnas en stencil) och, om affekter visar sig, snabbt skriva ut lugnande. På detta sätt kan han inte sällan tro sig arbeta "psykologiskt" och "humant". I själva verket är han livrädd för de mänskliga problem som sjukdom, lidande och död innebär och som patienten aktualiserar.

### *D. Terapeutisk hållning vid krisbehandling*

Som inledningsvis nämndes är det för de flesta tungt att arbeta med krisbehandling. Att *förstå* vad som rör sig inom en män-

niska efter att hennes barn dött eller efter någon annan katastrof, innebär att man måste bejaka katastrofens möjligheter inom sig själv.

Terapeutens kapacitet till förståelse märks ibland inte så tydligt på det yttre beteendet. Han kan på ytan t o m verka sval och neutral. Han kommer kanske inte med så mycket tröstens ord, men förståelsen märks på hans sätt att fråga om hur patienten har det, liksom på hans oräddhet att tala om det som andra undviker, nämligen om vad som verkligen har hänt.

För den som har en ständig, pågående självanalys, påbörjad genom psykoterapi eller psykoanalys eller "spontant", är denna närhet till "katastrofens möjlighet" en naturlig hållning av medvetenhet.

Trots detta förefaller det viktigt att framhålla att dessa samtal ibland kan bli påfrestande för terapeuten. Detta gör det också rätt förklarligt att krispsykoterapi är eftersatt och att mediciner *i stället* förskrivs i sådan våldsam omfattning. Om terapeuten är trött, jäktad eller har akuta personliga problem händer det att han kan tappa distansen och identifiera sig för kraftigt. Motsatt kan han också uppleva en bristfällig kontakt med arbetet genom att detta har blivit rutin.

Jag tror inte att man skall förneka att *flykttendensen är en normal initialreaktion hos den, som skall träffa en krisdrabbad människa.* Den konstruktiva bearbetningen av denna olust försvåras givetvis om den förnekas eller tabueras.

### *E. Terapeutiska problem under olika krisfaser*

Under *chockfasen* är oftast varje form av intellektuell kommunikation meningslös. Beskydd och omhändertagande är då av vikt liksom möjligheten till affektiv avreagering. Är vederbörande på sjukhus kan det vara bra att be ett moderligt biträde ta sig an patienten på sådant sätt som gjorts i alla tider i liknande situationer. I den akuta chocken är ofta kroppslig kontakt viktig för den drabbade och lugnar många gånger mer än många tröstens ord.

Regressionen är en försvarsmekanism som ofta är "i jagets tjänst" vid dessa tillfällen.

Även en bit in i *reaktionsfasen* är det en viktig möjlighet för patienten att få flykta och vila ett tag från den bittra realiteten. Vid plågsamma sömnrubbningar kan en *liten* sats sömntabletter vara av värde. En kortare sjukskrivning likaså, om situationen är sådan och läget kan skadas av en för tidig återgång till arbete.

Undan för undan bör regressionen dock ge vika för en granskning av verkligheten och för ett ställningstagande. Om detta inte sker spontant måste försvaret brytas aktivt psykoterapeutiskt. För att få en meningsfull kommunikation vid samtalen är det även av vikt att patienten inte ligger, att man inte fäster sig så mycket vid gråt liksom att andra försök från patienten att regrediera i kontakten ej accepteras.

Vid *senstadierna* är det viktigt att stå emot sjukskrivnings- och tablettkraven (såvida man ej av taktiska skäl bestämmer en kort sådan period före den egentliga rehabiliteringen.)

Patienten har då säkerligen fått många sjukskrivningar liksom han inte tror han kan klara sig utan tabletter. Han är låst i en bastant sjukförklaring med alla de värderingar och deformationer av självkänslan, som detta innebär. Om terapeuten inte villfar önskemålen, kan patienten bli anklagande och bitter.

Personligen tycker jag i dessa fall att patienten får *välja,* om jag anar potentiella resurser hos honom. Jag brukar här öppet deklarera min syn på problemen: Antingen kan han fortsätta på den gamla vägen med tabletter och sjukskrivning eller kan han försöka bryta med dessa utvägar (som han ju redan prövat utan någon framgång) och istället komma igång igen, även om detta kräver rätt stort besvär och möda. I det senare fallet erbjuder man också stöd under tiden. Den patient som väljer det första alternativet (det händer inte så ofta) kan jag få svårt att personligen sköta längre — jag kan ju inte behandla honom på ett sätt som jag uppfattar som skadligt. För den som accepterar erbjudandet understryker jag att det är ett viktigt avgörande och kommer tillbaka till detta gång på gång. Efter att patien-

ten principiellt har fattat sitt beslut om samarbete kan man givetvis vid behov förskriva små satser psykofarmaka eller även sjukskriva honom för kortare perioder. Men *han har valt att inte längre vara sjukförklarad och utan detta val kan, som jag ser det, ingen meningsfull psykoterapi bedrivas.* Det är inte heller bagatellartat för terapeuten att konfrontera patienten med denna valsituation eftersom denna innebär ett val även för honom själv om ett kommande samarbete.

Relationen till terapeuten blir nu speciellt viktig för patienten eftersom han skall börja ta ansvaret för sitt eget liv. Terapeuten *garanterar* inte att det skall lyckas — det är viktigt — blott att han tror att patienten har rimliga möjligheter att lyckas.

*F. Allmänna psykoterapeutiska aspekter*

Krispsykoterapi har en klar fördel framför neurospsykoterapi eftersom de utlösande händelserna lättare kan identifieras för att därmed verklighetsförvanskningen skall kunna hävas (*Cullberg* 1968). Målsättningen är som nämnts att patienten skall få möjlighet att själv arbeta sig genom krisprocessen. Terapeutens funktioner blir då att söka ge patienten perspektiv på sitt aktuella tillstånd liksom insikt om innehållet i den kris han genomlöper. Det senare sker genom att han ber patienten *i detalj berätta* om vad som har hänt och om den totala situationen omkring. Genom att ej intressera sig så mycket för de symtom som patienten kanske vill uppehålla sig vid eller vid någon specifik företeelse som han är låst i, utan i stället fokusera intresset på skeendet, sammanhanget, växer även patientens intresse för detta. Häri innefattas även en analys av de övriga familjemedlemmarnas roll. Väsentligt är också att be om patientens egna förklaringar till vad som hänt. Ibland får man ställa sig helt ovetande, för att patienten skall våga berätta om sina egna teorier över vad som egentligen hänt. Dessa kan sprida ett väsentligt ljus över händelsernas djupare innebörder.

Att också undersöka *lakuner* (vita fläckar) i händelseför-

loppet eller *rationaliseringar* är väsentligt. Det är dessutom viktigt att lägga märke till om patientens *affekter* är överdrivna eller underdimensionerade, och i så fall reagera på detta. Exempelvis: "jag kan inte förstå annat än, att det måste vara något *annat* än att Er mor har gått bort som Ni också är ledsen för", hos den vuxna kvinna som är otröstlig efter mammans bortgång och där en bitterhet för en uppblåsande familjefejd om arvet komplicerar. Hos den som inte reagerar adekvat påpekar man detta med den förvåning man verkligen känner. Detta kan illustreras med följande exempel:

En kvinna remitterades på grund av ökande ångestattacker som börjat 4 veckor efter det att hennes nyfödda barn hade dött. Hon talade bara om sina symtom, ville ha försäkringar att hon inte skulle bli sinnessjuk samt lugnande mediciner och sömntabletter. Det var slående att hon endast i förbigående talade om barnets död — som en upplysning — och att hon visade en så stor yttre behärskning av den sorg som man kunde ha väntat sig skulle dominera hennes upplevelsevärld.

Då jag mot ett visst motstånd fick henne att börja berätta om sin graviditet och händelserna på sjukhuset, brast plötsligt masken av behärskning och hon började gråta häftigt, hela tiden framstammande ursäkter för att hon uppförde sig så illa. I samband med att jag frågade henne varför hon inte fick visa sig ledsen, trots att hon ju faktiskt *var* djupt förtvivlad, framkom bland annat att maken lovat hennes läkare att inte visa sig ledsen inför patienten och att inte beröra det skedda, därför att hon, enligt läkarens förmenande, inte skulle orka med det. Patienten å sin sida hade i lojalitet mot maken försökt att helt tränga tillbaka sina affekter, med den följd att båda makarna praktiskt taget mist förmågan att tala med varandra. Hennes känslor bröt i stället fram i en ostrukturerad ångest.

I samtalet stödde jag ett bejakande av hennes affekter, dvs sorgen, och jag tog kontakt med maken. Kontrahenterna kunde nu tala med, och även visa sina känslor inför varandra. Vid återbesöket (hon fick inga psykofarmaka och bad inte heller längre om sådana) kunde hon uppleva och bearbeta sin sorg på ett direkt sätt och hade inte haft några fler ångestattacker.

Allt detta har kallats att "lyssna med tredje örat". Först den som i ett försök att *förstå* lyssnar till många krisberättelser, utan att i förstone ha så stora terapeutiska ambitioner, lär sig detta. Då man har fått patientens egna förklaringar och teorier kan man börja *rätta till orealistiska* eller osakliga *föreställningar* och ge adekvat *information*. Man kan informera först

när man förstår patientens situation. Dessa sakliga upplysningar behöver ofta upprepas flera gånger.

Viktigt är också att patienten accepterar det för honom *normala* i sina symtom och affektyttringar. En del människor skräms av att reagera som de aldrig tidigare gjort och vill därför förneka relevansen i sina känslor.

Om den tidigare nämnda regressionen ej förefaller minska måste den *passiva hållningen motverkas* och patienten stimuleras till aktivering. Även här kan patienten ibland primärt uppleva sig sviken av terapeuten. Ibland får man därför nu också *beröra att situationen även har positiva aspekter* och påpeka eventuella möjligheter till ökad självständighet och fördjupade livserfarenheter som den innehåller.

Under den akuta fasen är det lämpligt med korta och täta besök, senare med längre avstånd och större krav under samtalen. I vanliga fall brukar det inte krävas så många samtal. Såvida inte neurotiska problem (som då vanligen även märkts tidigare), eller komplicerande yttre situationer tillstött, behöver sällan en krispsykoterapi överskrida 5—10 samtal. Ofta kan 1—2 samtal vara nog för att bryta en negativ utveckling eller en stagnerad situation.

### *G. Familjebehandling*

Här har hela tiden av praktiska skäl betonats det individuella skeendet. I själva verket borde så ofta som möjligt i krissituationer familjegruppen komma gemensamt. Detta för att man skall få en föreställning om hur den bearbetat problemen och om vilka stöd eller hinder den primära patienten kan ha för att arbeta genom problemen. Dessutom är detta en utmärkt situation att ge familjemedlemmarna chansen att hjälpa varandra, att legitimera den känsla, som de av blyghet eller konvenans inte vågar visa. Eller motsatt, att de vågar kräva lite mera av den som passivt regredierat i en allmän anklagande hållning. Familjebehandling ger även möjlighet till att lösa inbördes skuldkänslor.

Om terapeuten är rätt aktiv i individualsamtalet, är han det inte mindre i familjesamtalen där han med sin öppna och "ohämmade" hållning kan katalysera de reaktioner som annars hålls tillbaka.

I den preventiva psykiatrin kommer krisintervention på familjebasis att bli en huvudangelägenhet.

LITTERATUR


Bard, M., & Sutherland, A. (1955). *Psychological impact of cancer and its treatment.* Cancer, *8,* 656—672.

Bard, M., & Dyk, R. (1956). *The psychodynamic significance of beliefs regarding the cause of serious illness.* The psychoanalytic Review, *43,* 146—162.

Bowlby, J. (1961). *Childhood mourning and its implications for psychiatry.* Am. J. Psychiat., *118,* 481—498.

Cullberg, J. (1966). *Reaktion inför perinatal barnadöd (I och II).* Läkartidn., *63,* 3980—3986 resp. 4065—4068.

Cullberg, J. (1968). *Krispsykoterapi.* Läkartidn., *65,* 2559—2562.

Drellich, M., Bieber, I., & Sutherland, A. (1956). *Adaptation to hysterectomy.* Cancer, *9,* 1120—1126.

Erikson, E. (1954). *Barnet och samhället.* Natur & Kultur.

Feigenberg, L. (1963). *Psykologiska synpunkter på cancervården.* Tumörsjukdomar, Stockholm. Almqvist & Wiksell, pp. 119—132.

Feigenberg, L. (1968). *Vad betyder cancer?* Cancer, nr 2. 1—5.

Feigenberg, L. (1970). *Erfarenheter som psykiater vid en tumörklinik.* Läkartidn., *67,* 5641—5649.

Goffman, E. *Asylums,* London. Penguin, 1968.

Grinker, R., Willerman, B., Bradley, A., Fastovsky, A. (1946). *A study of psychological predisposition to the development of operational fatigue.* Amer. J. Orthopsychiat. *16,* 191—214.

Hill, R. (1955). *Generic features of families under stress.* Social Casework, *39,* cit. in Parad (ed.). Crisis Intervention, N.Y. 1965, pp. 32—52.

Janis, I. (1958). *Psychological Stress.* New York, 1958, Wiley & Sons.

Jönsson, G. (1968). *Rörelsehindrade barn.* Utgiv. Svenska föreningen för psykisk hälsovård. Stockholm.

Kaij, L., Malmqvist, Å., & Nilsson, Å. (1969). *Psychiatric aspects of spontaneous abortion. — II. The importance of bereavement, attachment and neurosis in early life.* J. Psychosom. Res., *13,* 53—59.

Klackenberg, G. (1964). *Läkaren inför den mongoloides föräldrar.* Läkartidn., 61, 2938.

Lindemann, E. (1944). *Symptomatology and management of acute grief.* Am. J. Psychiat., *101,* cit. in Parad (ed.). Crisis Intervention. N.Y. 1965. pp. 7—21.

Mirsky, J. A. (1957). *The psychosomatic approach to the etiology of clinical disorders.* Psychosom. Med., *19,* 424.

Theorell, T. (1970). *Psychosocial factors in relation to the onset of myocardial infarction.* Akad. Avh., Stockholm.

Vernick, J., & Karon, M. (1965). *Who's afraid of death on a leucemia ward?* Am. J. Dis. Child., *109,* 393—397.

Wretmark, G. (1959). *A study in grief reactions.* Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl., 136, *34,* 292—299.

**Medlemskap i Svenska föreningen för psykisk hälsovård kostar 30:— per år och inkluderar prenumeration på PSYKISK HÄLSA.**

I monografiserien har hittills utkommit:

1. Det psykiska traumat
av docent Johan Cullberg

2. Borderlinepersonligheten
av överläkare Clarence Crafoord

3. Döden i sjukvården
av konsultläkare Loma Feigenberg

4. Den kognitiva och sociala-emotionella utvecklingen under spädbarnsåret
av psykolog Inga-Britt Månsson

5. Den kroniskt sjuke patienten
av docent Lennart Kaij

6. Psykoterapi i en multiproblemfamilj
av psykolog AnnaLena Isaksson

---

Pris 5:— pr st inkl. moms

sfph

Svenska föreningen för psykisk hälsovård
Sankt Göransgatan 114, 112 45 STOCKHOLM
tel. 08/53 10 35, 50 44 66, 50 44 89. Postgironr 54 173-0